



A.S.L.
della Provincia di Varese

Dipartimento Sviluppo e Sussidiarietà A.S.S.I.
Servizio Controllo del Sistema Socio-sanitario
U.O. Accreditamento, Qualità e Appropriatelyzza dei Servizi



Welfare e Sussidiarietà
Provincia di Varese - ASL Varese

SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA
 CDI
 RICHIESTA INVALIDITA'

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche	
Nome _____	Cognome _____
C.F. _____	
Nato a _____ il ____ / ____ / ____	
Residente _____ via/piazza _____ n° _____	
Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)	
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse	
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti	
Dispositivi in uso	Catetere vescicale Sondino nasogastrico PEG Catetere venoso centrale Pace-maker ICD (defibrillatore) Tracheostomia Stomie Broncoaspirazione Porth-a-cath Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno Ventilatore per insuff. respiratorie gravi
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materasso antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Parte per il Medico curante

Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì specificare	
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note _____ _____ _____	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> <i>Stabile</i> <input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i> <input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i> <input type="checkbox"/> <i>Instabile</i> <input type="checkbox"/> <i>Acuzie</i>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg. con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--	---

data

firma

.....

.....